

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Contribución al estudio de la patogenia y sintomatología
del vómito en los tuberculosos pulmonares**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ángel Marín Corralé

Madrid, 2015

Contribucion al estudio de la patogenia
y sintomatologia del vomito en los tuber-
culosos pulmonares.

Tesis de Doctorado
en Medicina y Cirugia

por

Angel Marin y Corralé,

Ex-alumno interno pensionado por oposicion
y premio extraordinario en la Licenciatura
de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Prólogo.

Excmo. Señor:

« Rodead de piadosos cuidados el estómago
del tuberculoso » Peter.

La tristemente célebre tuberculosis, la fatal enfermedad que siega tantas existencias arrebatando las de la vida en la época de las risueñas esperanzas, de los asiduos amores, de las alegrías infinitas, preséntase a veces en la clínica, con ciertas vicisitudes, que contribuyan de un modo positivo a la aceleración, a la mas pronta a del terrible ocaso.

que marcará el término fatal del desgraciado ser, sobre
que asienten.

El tuberculoso, el enfermo adorable por excelencia,
simpatía en su expresión, encantador por su dulzura,
carinoso en sus afectos, donador y fantástico
en sus ideas y espiritual en sus concepciones, puede
ver amargada su languida existencia, por uno de
los síntomas mas penosos y molestos, de entre los
múltiples que presenta su consumitiva enfermedad; por
los vómitos.

¡ Que cuadro mas triste y desconsolador, es el
presenciado, unido á la desgraciada tuberculosa

que no frisando todavía en los veinte años y en la
 que todo es pulcritud, aseó y pureza, se le llena
 la boca de los productos viscosos y repugnantes
 del vómito! ¡ Que horrible contraste nos ofrece
 el ver como aquellas labias finas tan lindamente
 perfiladas, cual hechas para sellar el amor con
 la mas perfecta de las marcas, se transforman
 en una amplia abertura, por la que en lugar
 de salir caricias y frases de dulzura para el ser
 querido, brotan con abundancia y rapidez, tras de
 angustias indescriptibles y penosos esfuerzos, todas las
 sustancias que pocas momentos antes ingeria con

su estómago!

¡ Que escena tan desagradable la presenciada ante aquel muchacho joven, estroviante todavía, que unos meses antes mostrábase alegre y decididor, siempre contento, y que hoy en cambio, está triste como era trístico de tan buena gusto propia del tuberculoso! ¡ Ante aquel muchacho que ha poco tiempo no ponía reparo a cuanto comía, y que hoy, tras de no comer bien, y comer poco, siente enredada de hacerla, una ansiedad grande, una tortura epigástrica molestísima, un malestar intenso, en fin; hasta que tras de las náuseas

acaece el vómito, quedándose el enfermo mas tranquilo, si, pero mas debilitado, mas decaído, mas próximo en suma al ya cercano fin de su corta vida!

De este sintoma, voy á ocuparme, estudiando su patogenia y sintomatologia, en el presente trabajo, que tengo el honor de someter á la consideracion del Excmo. Tribunal; como investigacion propia, necesaria legalmente, para aspirar al grado de Doctor en Medicina.

Teniendo en cuenta el asunto sobre que versa, lo tituló del modo siguiente:

Inde^o -1-
« Contribucion al estudio de la patogenicia
y sintomatologia del vomito, en los tuber-
culosos pulmonares. »

Yésis.

La integridad de las funciones digestivas en el tuberculoso sea cualquiera el rango social á que pertenezca es de una importancia considerable bajo todos los puntos de vista que se considere, pero especialmente en el que concierne al pronóstico. Se pueden clasificar por tanto a

los Tuberculosos en dos grandes grupos
o categorías a saber: los que se mu-
trecen y los que se encuentran improp-
sibilitados para ello. Los enfermos de
la primera categoría, si no sufren una
tuberculosis aguda que los arrebate en pe-
cas semanas, se conservan en satis-
factorio estado relativamente, hasta
los últimos periodos de su enfermedad.

Los enfermos de la segunda
categoría, por el contrario, ven dis-
minuir rápidamente sus fuerzas y

el bacilo tuberculoso evolucionando en un terrero que cada vez se debilita mas y que ofrece de dia en dia menor resistencia, aumenta facilmente su virulencia. Además, al microbio de Koch y á sus toxinas vienen á agregarse microbios de infecciones secundarias que atenuando á la principal apremian la consumcion del enfermo. La muerte, si no causada por el proceso tuberculoso mismo, se produce, á consecuencia

de los accidentes agudos ó crónicos de-
bidos á estas infecciones advenedizas
que se han sobre-añadido á la prim-
tiva.

Entre las causas que producen
una dificultad positiva para la ali-
mentación del tuberculoso debemos
poner en primer ^{l.º termino} al vómito.

Su patogenia todavía bastan-
te discutida y su sintomatología no
han parecido ser dignas de un estudio
detenido y minucioso dadas las conside-

mercias tanto médicas como sociales,
que emierray.

Espondremos al final las obser-
vaciones personalmente recogidas,
para que de su detenida exámen
y de lo expuesto en el curso de este
trabajo podamos deducir con la
mayor exactitud posible las conclu-
siones que resumam, las materias
objeto de estudio.

El orden que llevaremos para
cumplir nuestros propósitos será el

siguientes.

I.

Patogenia del vómito en los tuberculosos pulmonares ; comprendiendo en este primer epigrafe cuatro capítulos, á saber:

- a.) Vómitos de origen reflejo.
- b.) Vómitos de origen gástrico.
- c.) Vómitos debidos á la compresión del pneumogástrico.
- d.) Vómitos de origen mecánico.

II.

-14-

Síntomas del vómito en los tuberculosos pulmonares.

Bajo este epígrafe estudiaremos los caracteres particulares de los vómitos según su patogenia, en los cuatro capítulos siguientes.

- a.) Vómitos de origen reflejo.
- b.) Vómitos de origen gástrico.
- c.) Vómitos por compresión del pneumogástrico.
- d.) Vómitos de ori en mecánico.

III.

-15-

Expondremos los casos observados por nosotros.

IV.

Conclusiones que deducimos.

Patogenia del vómito en los tuberculosos pulmonares.

Los autores que han intentado establecer la patogenia del vómito en los tuberculosos pulmonares han tenido tendencia á atribuir este vómito á una sola causa ó por lo menos á una causa principal. Y así, para Morton y Bayle, el vómito

- 12 -

seria un acto puramente mecánico, cuyo origen estaría en las sacudidas que las tós imprime al diafragma.

Segun otros autores, entre los cuales se hallan Peter y Marfan, habria que atribuir necesariamente el vómito a un origen reflejo.

Algunos como Andral hacen al estómago el único responsable de todo el mal, y otros en fin cual Baretz no reconocen como causa del vómito en la tuberculosis si no a la compresion

del pneumogástrico

Hoy día los distintos autores que se han ocupado de esta importante cuestión están casi unánimes en admitir que en la mayoría de los casos, una sola causa es insuficiente para la explicación del origen del vómito. Unicamente la reunión de estas diversas causas ó al menos la asociación de varias entre sí es lo que nos dará la clave y la explicación del síntoma.

Sin

para mayor claridad

en la exposicion de este trabajo, estudiaremos despues de haber hecho las reservas precedentes, cada cosa por separado y de una manera detallada.

Asi pues pararemos sucesivamente revista segun ya se ha indicado á :

- a.) - El vomito de origen reflejo.
- b.) - El vomito de origen gástrico.
- c.) - El vomito debido á la compresion del pneumogástrico, y
- d.) - El vomito de origen mecánico.

Hemos colocado á idea el vómito de origen mecánico en último término por que, en su capítulo correspondiente intentaremos aclarar la confusión que parece haber existido respecto al modo de producirse.

Los tuberculosos pulmonares pueden presentar en el curso de su afección vómitos debidos á una enfermedad sobre-añadida (úlcera de estómago, cáncer del estómago etc.) ó á una complicación resultante de la invasión de su mucosa por el proce-

so tuberculosa (meningitis tuberculosa, granulía, peritonitis tuberculosa etc.).

Nosotros no entraremos en el curso de este trabajo á hacer el estudio detallado de los vómitos de estas diversas causas; no nos ocuparemos mas que exclusivamente de la patogenia y de la sintomatología del vómito en el tuberculoso pulmonar.

a.) Vómitos de origen reflejo.

Si en estado fisiológico, en un individuo sano se irrita ó estimula artificialmente la post-boca, la nuca ó la

parte posterior de la faringe, se produce un reflejo precursor del vomito.

Llevando la excitacion sobre regiones mas profundas, las partes superiores de la laringe, por ejemplo, el mismo reflejo se produce, pero entoncez con una reaccion mas intensa.

Hay casos donde acontece esto mismo en los tuberculosos pulmonares, bastando una simple irritacion aunque sea muy ligera, de la
o de la l e para provocar

un reflejo que va seguido casi inmediatamente del vómito. Faringe y laringe pueden estar absolutamente sanas y no presentar ninguna alteración patológica, y poseer sin embargo un grado de sensibilidad muy especial. El origen de la excitación es debido simplemente al contacto del bolo alimenticio al nivel de las mucosas de las cuales hemos hablado.

Otras veces algunas partículas alimenticias pueden penetrar a través de una

glotis incompletamente cerrada o entre abierta patologicamente y venir a irritar la mucosa de la cara interna de la laringe. En este caso la mucosa de las vias respiratorias superiores se defiende por la tos, procedimiento natural de expulsion frente a la invasion laringo-traqueal de las partículas alimenticias produciéndose en seguida el vómito como consecuencia.

No es solamente a nivel de las primeras porciones del aparato diges-

tivo donde puede producirse el reflejo origen del vómito. Sin hablar ahora de los casos en que el estómago presenta una lesión orgánica que origina la expulsión de los alimentos por vómito debemos estudiar en este capítulo las condiciones en las cuales un estómago de mucosa sana es atacado de una intolerancia, verdadera causa de comprometer gravemente la alimentación del enfermo.

Estos vómitos son casi siempre el

- 26 -

patrimonio de los tísicos al principio de su tuberculosis. Constituyen para el clínico una forma de las más interesantes; porque ellos solos pueden conducir al diagnóstico de la tuberculosis en este periodo, sino existe en los antecedentes o en el estado actual del enfermo ninguna otra causa a la cual se los pueda atribuir.

¿ Cual es el origen de estos vómitos ?
Ya Peter en una lección titulada :
Pneumonia y tuberculización pulmonar,

atribuía estos fenómenos reflejos á una inestabilidad considerable de los filetes terminales del pneumogástrico.

Para Herard y Cornil, estando el estómago y los pulmones innervados los dos por el mismo nervio, los filetes nerviosos que terminasen en la mucosa bronquial serian irritados, la impresion sufrida se transmitiria á los centros nerviosos, y por la via de los ramos gástricos de este mismo nervio ó del nervio frénico enviarian

-28-
aquellos las contracciones musculares
determinando el vómito.

Así pues la tos jugaría el principal papel obrando no mecánicamente, si no impresionando el centro bulbar productor del vómito. Es la opinión de Gronnier y de Germain Sée: « Estos esfuerzos de tos dice el último, excitau
« el centro bulbar espirador, es decir el
« núcleo central del nervio vago que
« preside, la espiración; la innervación
« de los músculos espiradores, hallándose

" así puesta en juego, al provocar
" la contracción de dichas musculas
" excita al estómago que está siempre
" pasivo. "

tal es asimismo la opinión
expresada por Gyllmann en su tesis
de agregación.

El centro nervioso, cuya excitación
produce la tos se encuentra muy próxi-
mo del que ocasiona el vomito, de-
duciendo este autor como consecuencia
que la excitación se transporta del uno

al otro.

En estas condiciones la tos seria
de origen gástrico habiendo sido este
 fenómeno de la « tos emetizante » muy
 particularmente estudiado por el Doctor
 Mathieu (I.)

En síntesis lo que acontece en
 estos casos es el fenómeno siguiente:
 los alimentos ingeridos llegan al estó-

(I.) Mathieu y J. Ch. Roux. Gazette des Hôpi-
 taux, Decembre 1903.

mazo y la digestión comienza, aumentando de una irritación fisiológica de la mucosa estomacal; esta impresionable siendo mas fácilmente, puesto que se trata de un sujeto tuberculoso, impresionada a su vez al pneumogástrico en su totalidad. El pulmón reacciona enseguida por la tos; la irritabilidad nerviosa no cesa de aumentar y produce, enfín el vómito que es a su vez el término de reacción del es

- 32 -

b.) Vómitos de origen estomacal.

Acabáramos de ver como los tuberculosos pulmonares que presentan vómitos de origen reflejo, puede tener este su punto de partida en un estómago macroscópicamente sano.

Vamos a estudiar ahora los casos en los que la mucosa estomacal, por efecto de alteraciones patológicas, debe ser considerada sino como la única, al menos como la causa principal del vómito.

Pero antes de abordar el estudio de

este capítulo, debemos citar algunos casos muy interesantes en los que el tuberculoso pulmonar, no sufre una ulceración de su mucosa estomacal sino tan solo una lesión aparentemente banal de las vías digestivas superiores o de la laringe.

A este respecto Grisollet señala la existencia en la faringe, o en la parte superior del esófago, de pequeñas ulceraciones que « no se encuentran en ninguna enfermedad mas que en la tuberculosis. » Estas

ulceraciones pueden hallarse igualmente al nivel del orificio superior de la laringe (aparte de la laringitis tuberculosa propiamente dicha). Se comprenderá fácilmente que el contacto del bolo alimenticio producirá á los enfermos una sensación pesada y aun dolorosa al pasar á nivel de esas lesiones; siendo el vómito la consecuencia inmediata.

Vamos ahora á tratar de las lesiones propiamente dichas del estómago. Estas pueden ser de distintas órdenes.

Desde hace bastante tiempo, ha preocupado mucho a los autores el estudio de las alteraciones del estómago en el curso de la tuberculosis. Louis había ya señalado la frecuencia con que solían presentarse, puesto que de 96 autopsias, no había encontrado más que en 17 casos la mucosa estomacal intacta. En los restantes se halló siempre en presencia ya de una dilatación, ya de una atelgaxamiento de la mucosa, ya de verdaderas ulceraciones.

La estadística de Andral (1) es un poco

-26-

menos pesimista. El al menos no ha observado lesiones estomacales mas que en las tres quintas partes de los casos. Lo que ha encontrado con mas frecuencia ha sido alteraciones consistentes en espesamientos, adelgazamientos o reblandecimientos; « La mucosa no aparecia mas que bajo la forma de una pelicula muy delgada. »

Excepcionalmente le ha ocurrido encontrar ulceraciones (2 casos tan solo.)

Parece, enalgquiera que sea la lesion observada, que el autor no ha tenido apenas en cuenta

ta la parte de las alteraciones cadavéricas que corresponde a las halladas en las autopsias, siendo la descripción que nos da de estas lesiones en algunos casos bastante semejantes a aquellas.

Vinieron despues, Grisolle de Nemeyer, Lebert y Jaccoud, acordes todos en reconocer que se encuentra casi siempre en el curso de la tuberculosis pulmonar sintomas de gastritis aguda o cronica. Asi mismo William Fox, en su estadística, establece que de 31 tuberculosos atacados de vomito y de los cuales hizo la autopsia encontró

16 veces lesiones de gastritis crónica.

Sin embargo otros autores se muestran menos afirmativos y Darnaschino, por ejemplo con pruebas en apoyo, sin negar la existencia de la gastritis en el curso de la tuberculosis pulmonar, hizo notar que frecuentemente hay que atribuirle á otras afecciones, entre las cuales el alcoholismo merece el primer lugar.

Es bastante raro, en suma, que nos encontremos en presencia de una gastritis bien caracterizada con dolores paroxísticos y todos

los síntomas; pero como dice muy bien Ma-
thieu: « los tuberculosos son á menudo dispepsi-
"cos y aconsen desordenes ligeros que transtor-
"nan sus funciones digestivas; presentando
"sensaciones de molestia, de hinchazon, de
"pesadez, algunas veces de quemaduras, y
"muy raramente de dolores verdaderos;
"fenómenos todos que expresan un estado
"de irritacion estomacal mas o menos
"acentrado. »

Casi siempre se puede comprobar en
los tuberculosos pulmonares un dolor si-

tuado al nivel de la region epigástrica y que se despierta bastante facilmente por una palpacion atenta, practicada sobre una linea extendida desde el ombligo al apendice xifoides. El sitio en que se logra despertar con mas facilidad este dolor es á nivel de la parte media de la mencionada linea. Algunas veces se ve á los enfermos sentir el dolor espontaneamente. Esta region segun lo ha demostrado el Doctor J.-Ch. Roux corresponde al plexo solar situado profundamente á ese nivel. En algunos casos

- 41 -

bastante raros, la gran curvadura gástrica llega a hacerse sensible a la presión.

Pueden tambien sufrir las tuberculosas en el curso de su enfermedad ulceraciones gástricas del tipo de la úlcera redonda, es decir no especificas (no producidas por una localizacion gástrica del bacilo de Koch), y presentar el vómito como sintoma propio de la úlcera, independientemente de asentarse en un tuberculoso.

Respecto á la relacion que á veces puede

existir entre la úlcera redonda, los vómitos y la tuberculosis pulmonar puede ser citado en este lugar un curiosísimo caso de Luis Revol publicado por el mismo en 1903, que á continuación transcribo. Se trataba de una muchacha de 23 años ulcerosa de estómago, que á consecuencia de pertinaces vómitos prolongados casi diariamente por espacio de dos meses, las hematemesis y la escasez de alimentos á que necesariamente se veía sometida, se caquectizó extremadamente presentando al poco tiempo de ha-

llarse en este estado los síntomas propios del primer periodo de la tuberculosis pulmonar, y cosa notable á medida que la tuberculosis avanzaba, los vómitos se hacian cada vez menos frecuentes llegando á desaparecer por completo á los quince dias proximanente de haberse descubierto los sintomas de la tuberculosis, muriendo ocho meses despues tísica sin haber sufrido en todo este tiempo ninguna alteracion gástrica.

Sin embargo este caso y otros analogos que podieran citarse no estan dentro del

tema que encabera nuestro trabajo, pues bien se ve que los vómitos desaparecieron á medida que avanzaba la tuberculosis, pudiéndose considerar á este como producido ó consecuencia de las alteraciones tan continuadas que acompañaban á aquella úlcera gástrica. Por todo esto pues no entramos en mas disquisiciones ni detalles sobre el particular, siendo suficiente con haber citado el caso.

Volviendo á nuestro asunto diremos que existen otros casos en los que la ulceración

gástrica asienta en individuos tuberculosos pulmonares hace ya bastante tiempo. Entonces los fenómenos pulmonares han sido muy anteriores a los accidentes de la mucosa gástrica. En estas casas son sobre todo en los que se presentan los vómitos con inusitada frecuencia.

Todos los autores sin embargo, no se hallan de acuerdo en reconocer el verdadero valor e importancia de las ulceraciones de origen tuberculoso.

Louis no las admitía. No es si

- 46 -

facil por corto que sea el lapso de tiempo transcurrido entre el fallecimiento y la autopsia, el distinguir las ulceraciones de los accidentes sobrevinidos á la mucosa gástrica despues de la muerte. Aquella en efecto ^{se puede} haber sufrido ya alteraciones consecutivas al fenómeno de la auto-digestion y a pesar de los recursos del examen microscópico contrarios etc á un positivo error.

No obstante estas reservas, las ulceraciones de origen tuberculoso son admitidas actualmente.

Lebert (1.) y despues de él Spillmann (2.), Rillet y Barthez y Parrot señalaron algunos casos. Despues han sido publicadas observaciones con la intervencion del examen microscópico, por Bignon, Lionville, Gille y Sabourin, Oppoker, Caxion y Calamon, Duquet y Ch. Remy. Habiendo quedado plenamente demostrada la existencia de las vomitas producidas por estas lesiones de origen evidentemente tuberculosas.

En estos casos el vomito será esencialmente

(1.) Traité de phtisie pulmonaire.

(2.) Ch. d'agregation.

doloroso y podrá llegar hasta la hematemesis. Esta hemorragia consecutiva a la ulceración no se presenta mortal, generalmente salvo sin embargo en un caso referido por Caxin. El enfermo murió de resultas de su hematemesis por ulceración de un tronco importante.

Mad apesar de esto es raro que suceda siempre así, por ser ordinariamente superficial la ulceración, y no afectar por consiguiente vasos importantes.

c.) Vómitos por compresión del pneumogástrico.

En los capítulos precedentes hemos examinado las distintas maneras de sobrevenir el vómito por vía re-
ja o por vía gástrica. En cada una
de estas hipótesis solo entran en jue-
go las terminaciones del pneumogástri-
co. Pero no siempre suceden las cosas
de este modo: el pneumogástrico, en
efecto, puede ser comprimido sobre su

-48-

trajeo y ser así, á consecuencia de esta
compresión, una causa frecuente de vó-
mito en el tuberculoso pulmonar.

Sobre este punto la experimenta-
ción ha dado hace mucho tiempo
resultados positivos. Nos será sufi-
ciente recordar los experimentos de
Cl. Bernard. Este autor demostró
mediante dos célebres vivisecciones
el hecho siguiente: después de seccionar
el pneumogástrico, galvanizaba
el extremo inferior de este nervio

-49-

y obtenia asi inmediatamente la suspension de la circulacion a nivel del estomago y despues la aparicion de movimientos peristálticos y antiperistálticos del estomago. Al mismo tiempo los liquidos remontaban por el esofago y se derramaban al exterior.

Podemos admitir sin ningun reparo que esta irritacion experimental del pneumogástrico puede ser realizada clinicamente o mejor anatomo-patologicamente por la compresion

ejercida sobre este nervio por los
numerosos ganglios vecinos aumentados de volumen.

En efecto el pneumogástrico desde su emergencia de la base del cráneo hasta su salida del torax está rodeado de ganglios. No preciso remitir los detalles anatómicos de estos grupos ganglionares, estudiados sobre todo por Guéneau de Mussy y por su discípulo Baréty en su tesis inaugural. Basta para nosotros saber estos ac

glos en el curso de la tuberculosis pulmonar se hallan en la inmensa mayoría de los casos hipertrofiados o también afectados de degeneración caseosa.

Desde 1826, Becker indicó por primera vez que los vómitos encontrados en el curso de ciertas enfermedades y especialmente en la tuberculosis pulmonar podrían muy bien tener por causa una compresión del nervio co al nivel de

su trayecto intra torácico.

Un año más tarde, Albers (de Bonn), en las « Recherches anatomico-pathologiques sur les nerfs pneumogastriques » explica que tuvo la suerte de practicar la antroptia a una mujer atacada de tuberculosis avanzada. Esta enferma había presentado accesos de tos seguidos de vómitos. Durante la antroptia descubrió una masa ganglionar atacada de degeneración caseosa, y completamente reblandida que comprimía el nervio menor.

gástrico izquierdo.

En 1849 Legroux (1.) exponía el mecanismo del vómito en la tuberculosis pulmonar por la compresión del nervio pneumogástrico que determina la producción de movimientos peristálticos del estómago.

Potain publicó en el Bulletin de la Société anatomique del año 1861 una comuni-

(1.) Diagnostic de la compression des nerfs laryngés récurrents et pneumogastrique. Archives générales de médecine 1849. 4^e Serie T. XXI.

caucion en la cual suministraba la prueba anatómica de esta compresion. Se trataba de una mujer que habia presentado vómitos en el curso de su tuberculosis pulmonar. Notó en la autopsia que el nervio pneumogástrico derecho estaba comprimido entre el vagnis y un ganglio bronquial hipertrofiado. Segun los mismos terminos de la observacion, las relaciones existentes entre el nervio y el ganglio bronquial estaban precisadas de la manera siguiente:

« El ganglio bronquial habia quedado bastante adherido al nervio pneumogástrico siendo imposible separarlo de este. »

Otros autores vinieron después a dar nuevas pruebas anatómicas de las alteraciones experimentadas por el nervio pneumogástrico en el curso de su compresión por ganglios bronquiales.

Rilliet y Barthez señalaron tambien la alteración del tronco

- 54 -

nervioso por una adherencia íntima con ganglios bronquiales hipertrofiados como en la observación de Potain.

Tal es así mismo la opinión de Fernet, de Guéneau de Mussy y de su discípulo Baretz. Aun mas, este último no admite otra causa de los ruidos en el curso de la tuberculosis pulmonar, que esta compresión del pneumogástrico. Del mismo modo M. Letulle observó el principio de

una neuritis intersticial del pneumogástrico consecutiva á la adherencia contruida entre este nervio y los ganglios tuberculosos.

Algunos autores, como Gueneau de Mussy y Claudio Bernard han intentado establecer por experimentos la parte que corresponde á cada uno de los dos nervios en la produccion de los vómitos y á cual de los dos pneumogástricos se debian de atribuir con mas

-56-

Claudio Bernard (1.) salvo una obser-
vacion que resultó fallida, produjo siem-
pre el vómito despues de haber cortado
los dos pneumogástricos, excitando el
extremo periférico de esos dos nervios.
Galvanizando especialmente el pneu-
mogástrico derecho, los vómitos
se producian con mas constancia.

Pero por su parte Guéneau de
Mussy, basandose sobre datos ana-

(1.) *Physiologie du système nerveux.*

Tomicos mas reales demostró que la
 hipertrofia ganglionar bronquial esta
 ba situada mas a menudo al lado
 izquierdo, y que las vómitas en esos
 casos eran mas numerosas y mas cons-
 tantes. En efecto, es exacto que el pneu-
 mogástrico de este lado proporciona
 muchos mas ramos para la inerva-
 cion del estómago que el pneu-
 mogástrico del lado derecho
 y damos desde luego in extenso
 para claridad la opinion

que Gueneau de Mussy (1.) expresaba
a este particular. "He visto a parte de
"la tos ferina vómitos pertinaces incoerci-
"bles, imputables a la irritacion de las
"pneumogástricas, causada por el infar-
"to de los ganglios traqueo-bronquial-
"les. Un hecho singular me habia lla-
"mado la atencion, cuya explicacion no
"se habia desde luego presentado a mi espí-

(1.) Quelques nouvelles études sur l'ordétopathie
tracheo-bronchique. France médicale 1877.

" ritu, y era que casi en todos los casos en
 " que habia observado los vómitos el
 " infarto ganglionar estaba al lado iz-
 " quierdo. La distribución anatómica
 " de los dos pneumogástricos puede dar
 " cuenta de esta coincidencia de los vó-
 " mitos con la adeno patia traqueo-
 " bronquial izquierda; en efecto mien-
 " tras que el pneumogástrico derecho en-
 " via sobre todo ramos al corazón antes
 " de perderse en el plexo solar, el izquier-
 " do se distribuye y pierde en gran

" parte en todo el resto de las paredes gástricas;
" es pues el principal incitador del vómito.
" No es por tanto extraordinario que la adenopatia
" bronquial incluya este a menudo
" do acompañada de este síntoma. He
" citado en mi clínica un caso de vómitos
" incoercibles que habian persistido durante
" meses enteros rebeldes a toda medicación.
" Yo los atribuía a una adenopatia bronquial,
" y el tratamiento dirigido contra
" esta afección (estancia al lado del mar, agua
" de la Bourboule, aplicaciones iodadas) hizo cesar

"esos vómitos. Yo no tenía en esta época nin-
 "guna sospecha de la influencia que el asien-
 "to del infarto ganglionar puede ejercer sobre
 "la producción de los vómitos: la observación
 "específica que la adenopatía existía á la
 "izquierda. En esos mismos días, el pro-
 "fesor Potain al cual comuniqué estas in-
 "vestigaciones me dijo haber presentado, hace
 "algunos años á la Société Anatomique,
 "un caso de vómitos incoercibles unidos
 "á la compresión del pneumogástrico por
 "ganglios enfermos y se acordaba perfectamente

" que eran los ganglios del lado izquierdo, si
" bien en aquella época no atribuyó ningún
" importancia a esta circunstancia, Los
" vómitos me parecían ser mas frecuentes
" y mas pertinaces en la tuberculización
" del vértice izquierdo, que en la del derecho." (1.)

(1.) Simonneau, en su tesis, dice, haber encontrado que
de 12 casos de vómitos debidos a una compresión del
pneumogástrico por ganglios bronquiales, 6 veces
estaban a la izquierda, tres veces a la derecha y tres
veces en los dos lados con predominio en el izquierdo.

La cuestion como se ve parece estar claramente dilucidada; pero el hecho importante para nosotros es, que segun las autoridades citadas precedentemente, estamos con derecho a sacar la conclusion, de que la alteracion producida sobre el pneumogástrico por la compresion de las ganglias del mediastino, es suficiente para causar el vómito en el curso de la tuberculosis pulmonar.

d.) Vómitos de origen mecánico.

Algunos autores han querido asignar un lugar preeminente en la patogenia de los vómitos de los tuberculosos pulmonares á la acción mecánica producida por la tos. Así pensaba Darmaschino, cuando decía á propósito de estos vómitos mecánicos: «Ellos se observan
" en el curso de una enfermedad de pecho
" en la cual las sacudidas de la tos son
" mas ó menos violentas. Son mas sin

61

"toma de sinergia muscular marcada,
"sobre todo cuando se producen accesos
"de tos repetidos bajo la forma de grimitos,
"mal acorde en la tuberculosis pul-
"monar. En estas condiciones los vómitos
"se presentan de una manera espe-
"cial despues de las comidas; el estomago
"se vacia mas o menos completamente,
"y es una causa seria de desnutricion
"aumentada a tantas otras ya impor-
"tantes. "

Otros antes que él habian dado igual-

mente valor al origen mecánico de esas vómitas. Es preciso citar en primer lugar á Magendie. Este autor atribuía un papel completamente pasivo al estómago durante el acto del vómito. Pretendía en efecto, que este órgano se desembarazaba de su contenido bajo la influencia de la compresión ejercida sobre él, por los diferentes visceros abdominales y sobre todo por el diafragma.

Desde 1737 Morton consideraba los

vómitos de origen mecánico, como los mas frecuentes. Bourdon hacia, de los vómitos consecutivos a la tos, un signo de la tuberculosis en sus comienzos. Este autor aportaba en apoyo de su afirmación una estadística de hechos bastante numerosos referentes a 157 casos de tuberculosis pulmonar. En 95 de estas observaciones notó vómitos de origen mecánico.

Para Pidoux (1.) no existe otro origen

(1.) Pidoux. Etudes

et pratiques de la phthisie. Paris 1873.

de vómitos que los de causa mecánica.

« El vómito en los tísicos es ~~rara vez~~ independiente de la tos. »

Fonssagrives habla « de solidaridad
« funcional del estómago y de los pul-
« mones que se explica á maravilla
« por una comunidad de influencia
« nerviosa. »

Arnouxan, igualmente, atribuirá
el vómito á una causa mecánica que
explicaba así:

« Una de las sobreviene se pro-

"larga, y en el momento en que parece
"debe terminarse el enfermo creyendola
"parada hace sucesivamente algunas
"fuertes inspiraciones a continuación
"de las cuales vomita, y la quinta pre-
"de entonces volver a empezar. Otras
"veces es en el curso de un acceso de dis-
"pnea nerviosa después de la comida.
"cuando el enfermo entregado ya á
"movimientos inspiratorios exagerados
"se ve de pronto sobrevenir el vómito y la
"tos. En fin la escena ha pasado del mo-

"do siguiente en un caso que recientemente
"he presenciado. Un tuberculoso cuya faringe
"estaba acribillada de ulceraciones, se gargarizaba;
"en uno de estos gargarismos experimenta la necesidad de respirar, arroja vivamente el líquido contenido en su boca y hace dos fuertes inspiraciones; vomita casi enseguida y la tos no sobreviene sino después."

En suma Arnouzan, como consecuencia, explica el vómito de los tuberculosos pulmonares enal las vomitas

de la tos ferina para las que no se encuentran ni alteración del pneumogástrico ni de los ganglios bronquiales (Roger).

El tuberculoso y el enfermo de tos ferina vomitan porque tosen.

Lacocaud asigna igualmente el primer lugar al vómito mecánico, admitiendo que el estómago pueda ser el asiento de un catarro ó de una intolerancia especial.

*
* * *

En realidad nos parece que el mecanismo

invocado por los autores precedentes está lejos de ser un mecanismo específico.

La acción de los músculos abdominales y del diafragma sobre el estómago no basta siempre para explicar la provocación del vómito. Es preciso admitir para que el vómito se produzca otras lesiones o al menos la coexistencia de esas otras lesiones (lesiones del pulmón, lesiones de la mucosa gástrica o compresión del pnenmogastrico) con la contracción muscular. Sin esta veria-

mas producirse de una manera regular y constante las vómitas en el curso de afecciones pulmonares diversas que tienen por síntoma constante la tos.

Pero, el vómito está lejos de ser la regla en afecciones tales como el asma, el enfisema pulmonar, y las bronquitis agudas o crónicas, enfermedades en las cuales la tos y la congestión mucosa son llevadas a un grado muy alto. Nos ha parecido desde luego por el examen minucioso

57.
y detallado de los hechos precedentes
que las observaciones que hemos es-
presado en este capítulo deben, ser
colocadas entre los vómitos de
origen, reflejo?

II.

Sintomas del vómito en los tuberculosos pulmonares.

Antes de comenzar el estudio de los síntomas propiamente dichos, y describir con todos sus detalles el vómito en el tuberculoso pulmonar debemos tratar de inia

causa de error bastante frecuente y sumamente relacionada con este capítulo.

En efecto, el tuberculoso, sobre todo al principio de su enfermedad se queja de pesadez, de desfallecimientos de estómago, de ardor a lo largo del esófago, fenómenos que se complican además con la expulsión de cierta cantidad de hígidos mas o menos claros que acoran, los dientes del enfermo.

Se trata en realidad, no de un vómito, si no de una irritación. Es pre-

ciso no confundir estos dos terminos. El vómito es la expulsión violenta y convulsiva de materias contenidas en el estómago y mas o menos digeridas. En la regurgitación no hay nada parecido. Una inspiración torácica intensa se produce antes de la tos; el corazón no ofrece sino una resistencia por completo insuficiente, y el líquido así aspirado pasa del esófago a la boca para ser arrojado al exterior.

Las antiguas estadísticas que daban un

-71-

número considerable de enfermos que vomitaban en el curso de la tuberculosis pulmonar (especialmente la de Bourdon que de 157 tuberculosos vomitaban 70) nos parecen hoy algun tanto exageradas. Es posible que estén confirmadas del error que acabamos de señalar.

Las últimas estadísticas inclusive la de Hanot, admiten en efecto que un tercio solamente de los casos de tuberculosis pulmonar se complica de vómito.

¿Cuáles son las relaciones del vó-

vómito en el tuberculoso pulmonar, con los periodos de evolucion de su enfermedad?

Ya hemos hablado de una forma especial de tuberculosis que principia antes de todo signo estetoscopico, con el vómito. Hemos mostrado en este caso la importancia de un diagnóstico precoz y de un tratamiento rapidamente instituido en interés del enfermo. Hanot afirmaba igualmente que los vómitos constitu-yan un signo casi constante del principio de la tuberculosis pulmonar. Sin embargo

Du Pasquier expone en su tesis (1.) que de 48 casos no ha encontrado mas que en siete este sintoma, y que de estos en cuatro se presento antes de la aparicion de los signos pulmonares y en los tres restantes durante el primer periodo de la enfermedad.

En el transcurso del segundo periodo de la enfermedad, y refiriendonos siempre a la estadística de este mismo autor

(1.) Les troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire chronique. Paris 1903.

vernos, que de 12 tuberculosos se encuentran: ⁷⁴

En seis, sensaciones perrosas durante la digestion (pirosis, desfallecimiento o ansiedad de estómago).

En uno, dolores.

En seis, vómitos que sobrevienen, sobre todo despues de la tos, y

En uno, enfín, vómitos sobrevinidos por la mañana en ayunas.

En el tercer periodo, las lesiones de la mucosa gástrica consisten principalmente en la disminucion al principio y

la supresion despues, de la secrecion; ^{-75.} la gastritis crónica se constituya con todos sus caracteres clínicos ordinarios: anorexia, repugnancia de los alimentos (especialmente de la carne, y de las grasas) falso hambre, etc. Algunas veces en este periodo, aunque no es lo corriente, la tos va seguida de vómito. Sin embargo es mas frecuente hallar el vómito independiente de la tos, pero precedido de nauseas y de diversas sensaciones penosas. Este vómito sobreviene, al

principio de la digestión, o solamente cinco, seis y aun siete horas después de la comida. El estómago entonces se desembaraza, por ese medio, de los alimentos que no ha podido digerir.

De 17 tuberculosos cavitarios, el apetito estaba abolido en 13 casos y conservado en 4. Las náuseas se presentaban en 8 de ellos.

*

* *

Si estudiáramos ahora la frecuencia relativa

de estas vómitas, veremos que se producen, al principio al menos, cada dos días como término medio, y algunas veces todos los días. Siendo mas raro encontrar un enfermo que presente muchos vómitos en un mismo día.

A veces, el vómito sobreviene independientemente; pero lo mas á menudo es que se produzca despues de la ingestion de los alimentos. Despues de la comida de la tarde, se le ve aparecer mucho mas frecuentemente

que tras de la del mediodia.

Estos vómitos parecen depender de la cantidad de alimentos ingeridos. Bascomdore, Pidoux en esta observacion habia aconsejado, en el curso de la tuberculosis pulmonar crónica, multiplicar el número de comidas, siendo estas naturalmente mas ligeras, y por este medio segun el autor disminuian, notablemente el número y la frecuencia de los vómitos.

*

*

*

Los alimentos arrojados mediante los vómitos, son los ultimamente ingeridos. En general estos vómitos son alimenticios o biliosos; siendo, solo en los casos en que existe, una ulceracion de cierta importancia o un número bastante considerable, de pequeñas ulceraciones en la mucosa, cuando vemos aparecer sangre en ellos.

Esta se expulsa generalmente en pequeña cantidad bajo la forma de materias negruzcas, pulverulentas dando

la impresión del hollín diluido en el agua. Otras veces los vómitos tienen el aspecto achocolatado, recordando los que sobrevienen en el curso de los cánceres ulcerosos del estómago. Si se tiene en cuenta el estado de anemia engendrado por este derrame, sanguíneo continuado y la cachexia debida a la evolución de la tuberculosis pulmonar, se comprenderá cuán difícil será el diagnóstico entre esta forma de vómito ciertas formas de cánceres del estómago.

-81-

Quando la sangre, se derrama en el estomago en gran cantidad y se arroja enseguida al exterior mediante vomitos pueden estos presentar un tinte rojo análogo al que se encuentra en las producidos durante el curso de la úlcera estomacal: pero los casos en que esto acontece son, muy poco frecuentes.

Asi mismo es bastante rara la aparición de evacuaciones sanguiinolentas en los casos de ulceraciones tuberculosas

del estómago? (1)

Simonneau sin embargo, relata en su tesis (*Des vomissements chez les phthisiques*. Paris 1881.) una observación muy interesante en la cual los vómitos hemáticos negrozcos bastante abundantes (unos 700 gramos de sangre) fueron acompañados de evacuaciones diarreicas que contenían sangre en cantidad suficiente para

(1.) Entiendase bien que eliminamos aquí los casos de cámaras sanguinolentas producidas por ulceraciones que asientan en el intestino.

- 47 -

darles el aspecto de alquitran. La enferma en cuestion presentaba en la autopsia el estómago dilatado, y se podía ver una ulceracion circular del diametro de la moneda de un cóntimo aproximadamente, situada en su cara posterior cerca de la curvadura menor, á 9 centímetros á la derecha del cardias.

Vease la descripcion que Simonneau da del caso: « Los bordes de esta ulceracion estan un poco cortados y despegados. "El fondo es gris-rojizo; constituido por

-84-

"tejido conjuntivo sub-mucoso; en un
"punto se perciben con la lupa algunas
"fibras de la túnica muscular; en dicho
"fondo se puede fácilmente descubrir
"cuatro pegueños cuerpos de un blanco
"amarillento, libres por la superficie in-
"terior de la cavidad estomacal, pero
"como encajados en el tejido celular sub-
"yacente. Con la punta del escalpelo se
"puede fácilmente separarlos. El examen
"a simple vista los reconoce por tubércu-
"los. El estudio micrografico ha venido

85

"ulteriormente á justificar esta opinion.....
"En toda esta region del estómago, disemi-
"nadas de una manera irregular se ven
"unas cuarenta granulaciones menas
"adelantadas en edad.....))

Los alimentos contenidos en estos
vómitos pueden hallarse en distintas
grados de digestion. Como facilmente
se comprende estarán á penas su dige-
rir cuando el vómito se haya produ-
cido poco tiempo despues de su inges-
tion. Sin embargo hay casos en los

que acontece esto mismo a pesar de haber permanecido los alimentos dos horas y a veces mas en el interior del estomago; pudiendoseles reconocer facilmente al cabo de este tiempo y presentandose en cual si el jugo gástrico no les hubiese casi atacado: « durante las primeras " horas que los alimentos permanecen " en el estomago, parece realmente " que este no ha tenido la menor accion " sobre ellos. »

*

*

*

Segun los enfermos los vómitos son faciles ó penosos. En el primer caso sobrevienen con motivo de la ocasion mas insignificante. Tambien, es digna de notarse la irregularidad de su produccion por ser un caracter constante del sintoma en cuestion.

Mientras que tal enfermo puede impunemente dedicarse á una ocupacion cualquiera que le agrada, sin que por ello vomite ni á penas tosa, en otro momento y sin una verdadera razon que lo justifique el mismo individuo, al menor movimiento que haga,

experimentará el penoso reflejo, precursor inevitable del vómito.

El vómito fácil que acabamos de describir no es sin embargo la regla en el tuberculoso pulmonar. En algunos el vómito se convierte en una verdadera tortura.

El enfermo se queja al principio de una sensación particularmente amarga que acude á su boca. Despues aparece, ó se acentúa un dolor epigástrico de intensidad variable, y por fin se pro-

duces náuseas, seguidas rápidamente del
 vómito. Algunas veces es una verda-
 dera sensación de angustia lo que ad-
 vierte al enfermo que el vómito está próximo.
 Otras, es una sensación de pesadez á ni-
 vel de la región epigástrica acompa-
 ñada de meteorismo en todo el abdomen.
 El malestar puede en algunos casos al-
 canzar un grado tal que, el enfermo su-
 fra un síncope; presentándose también
 sudores fríos que en abundancia manan
 de todo su cuerpo: sobreviniendo mas ó

menos pronto las nauseas (muy penosas⁻⁴⁰⁻
y con fuertes dolores) poco frecuentes
al principio y mas despues, y por
ultima el vomito como remate dig-
no de tan prolongado calvario.

Generalmente el enfermo se alivia
por el vomito, que libra a su estomago
de materias que era incapaz de dize-
rir, dejando tras de si un periodo
de calma momentanea.

Tambien no es raro ver al enfer-
mo presa de las primeras molestias

digestivas, ~~quiere~~ ⁹¹apremiar la apari-
cion del periodo de calma y de bien-
estar que sabe sigue al vomito: hace
pues lo necesario para evacuar lo mas
pronto posible el contenido de su estó-
mago. Llega hasta introducirse los
dedos en la boca para provocar el re-
flejo libertador.

Otras enfermas, en lugar de provocarse
el vomito prefieren siempre, ante el te-
mor de sufrir el vomito restringir su
alimentación.

- 42 -
Es bastante raro ver persistir el
vómito con estos mismos caracteres y esta
frecuencia durante toda la duración
de la enfermedad.

Por regla general el vómito vuelve
á producirse lo mas á menudo, periódicamente,
pero con intermitencias variables
que son bastante difíciles de explicar.
El mismo enfermo que vomita abun-
dantemente, durante 8 ó 15 dias, sin
razon apreciable, ve, que sus vómitos
desaparecen, para mostrarse de nuevo

al cabo de un tiempo mas o ^{45.} menos lar-
go.

*

*

*

Acabámos de exponer rápidamente los
caracteres que ofrece el vómito propiamente
dicho en un enfermo atacado
de tuberculosis pulmonar. Se compren-
derá fácilmente que ese síntoma no
existe jamás solo en esas enfermedades y
que puede ocurrir á lo sumo el lugar
mas importante en lo que llamaremos

el síndrome digestivo triberculoso. ⁹⁴⁻ Veamos
ahora pues cuáles son los otros síntomas
que coexisten más o menos con el
vómito.

Tenemos desde luego en primer
lugar ciertos malestares vagos tribu-
tarios de todo desorden funcional u
orgánico del estómago.

Recordando las observaciones expues-
tas anteriormente veremos como existen
en algunas sensaciones subjetivas de
pesadez o de ardor, situadas ya al

nivel mismo del estómago ya al de ⁷⁵ la
parte inferior del exófago?

La constipación se observa con
bastante frecuencia en el primer perio-
do. En las periodos siguientes la diarrea
se hace, mas frecuente, pero parece ser
a menudo tributaria de lesiones tuber-
culosas del intestino.

La anorexia no va ligada fatal-
mente al vómito: si no que por el con-
trario, se ha visto a enfermos que
vomitan conservar cierto apetito.

-96-

El dolor epigástrico es uno de los síntomas que se presenta mas frecuentemente en las tuberculosas que vomitan. Puede ser espontáneo o no revelarse mas que por la presión. Su asiento es en general bastante fijo y bastante limitado. Para producirlo es suficiente ejercer presión a nivel de la parte inferior de una línea estendida desde el apéndice xifoides al ombligo. Este asiento elevado nos evitará el confundir el dolor en cuestión de origen estomacal con los dolores peri-diafragmáticos.

determinados por las contracciones convulsivas y frecuentemente repetidas del diafragma.

Estos últimos tienen su localización predilecta en los lados de la base del pecho (Varda).

El dolor epigástrico puede ser de duración variable y no existir de una manera constante. Puede presentarse también en ayunas, y así mismo al principio de la comida. Pero generalmente aparece ó acusa su máxima intensidad duran-

te el periodo que sigue a la ingestión⁹⁸ de los alimentos.

Hemos atribuido mas arriba este dolor al estado de la mucosa gástrica. En efecto falta muy rara vez cuando el estómago está lesionado y sobre todo cuando presenta ulceraciones numerosas o ulceración única pero extendida hacia la profundidad. Sabemos igualmente, en particular despues de los trabajos de R. Charles Roux, que puede ser debido a los ganglios semi del ástrica que por

sentan generalmente lesiones en la mayor parte de las alteraciones estomacales.

El aumento de la temperatura es un signo que no encontramos de una manera constante en los tuberculosos que vomitan. Es muy irregular en sus relaciones con el vómito durante el curso de esta afección. Puede en algunos casos existir aumentada en enfermos cuyas funciones digestivas sean normales.

Lasègue ha dicho en efecto: « todo enfermo que come y digiere bien, continuando íbse, es un tóxico. »

-100-

Pero el sintoma mas frecuente, el que va acompañando al vómito « como si fuera su sombra »; es la tos.

Hemos visto al ocuparnos de la patología el lugar tan importante que tenía la tos en la producción del fenómeno que estudiamos. Esta existe en todas las modalidades del vómito.

Ya determinada por la ingestión de los alimentos, ya por la existencia de una lesión estomacal, ya enfine de ori en puramente pulmonar, puede

afectar todas las modalidades y aparecer¹⁰¹
ya bajo forma de acceso ya bajo la de
crisis coquelebróides y acompañarse
o no de expectoración.

Con el fin de evitar inútiles repeti-
ciones remitimos el estudio detallado
de la tos á los capítulos siguientes don-
de hacemos el análisis de los sínto-
mas particulares de cada clase de
vómitos

Caracteres particulares de los vómitos según su patogenia.

Esta división y esta distinción que puede tener su razón de ser y su utilidad en una obra didáctica, resulta algo tanto arbitraria en un trabajo clínico.

En efecto, será con frecuencia, muy difícil, más imposible, reconocer

por su cuadro sintomático propio las
vómitos de tal o cual origen. Ciertos
síntomas sin embargo deberán, hacer-
nos referir con preferencia, el vomi-
to a una patogenia particular, deter-
minada.

*

*

*

Vómito de origen reflejo.

Estos vómitos se observan generalmente
al principio de la tuberculosis pulmonar,
antes de la aparición de otros fenómenos

digestivos. Se producen sobre todo por ¹⁰⁴ la
membrana en orzumas y están compues-
tos principalmente de mucosidades viscosas: van pre-
cedidos de una tos seca y son algunas veces
difíciles de distinguir de las simples regur-
gitaciones. Bourdieu y Pidoux han insistido
mucho sobre su importante valor diagnóstico.

Otras veces, estas vómitos se produ-
cen inmediatamente después de la in-
gestión de los alimentos; siendo sobre-
todo después de la cena
cuando con más frecuencia se presenta

este síntoma. Ingeridos los últimos bocados, el enfermo es presa súbitamente de una tos seca, grintosa, muy pesada, y que generalmente no termina por expectoración. Es más bien una tos de origen gástrico reflejo que no de origen pulmonar. Va seguida tras breve plazo y sin náuseas previas del vómito de las materias ingeridas. Según Peter puede ir acompañada esta tos de palpitaciones cardíacas.

No habiendo pasado el tiempo suficiente para,

106

verificarse la digestión y estando apenas comenzada en la mayoría de los casos, los alimentos no se hallan aun atacados por el jugo gástrico.

Es esta clase de tos la que comprenderemos y designaremos con el nombre de «tos emetizante».

Nada explica mejor la triste situación en que se encuentran estos desgraciados enfermos, como la siguiente frase de M. Marfan: «El enfermo tose porque ha comido vomita porque ha tosido.»



Vómito de origen gástrico.

Así como los vómitos precedentes aparecen, en general, al principio de la tuberculosis, los vómitos de origen gástrico son ordinariamente patrimonio de los periodos avanzados de esta afección.

Su momento de aparición y su cambio nos hacen comprender fácilmente que van ordinariamente acompañados de una anorexia

mas ó menos completa. Son¹⁰⁴
en general penosos, precedidos de nauseas y se presentan
mas frecuentemente despues de la comida
de la tarde. Sucede entonces segun Pidoux, que
el trabajo de la digestión determina una dispepsia
particular que munda á la exasperacion noctur-
na de la fiebre, y á las górritas de tos faci-
litare la produccion de este sintoma.

Estos vómitos aliviare casi siempre
al enfermo. Pueden ser continuados, pero
tambien pueden faltar durante periodos

mas o menos largas.

109

Se acompañan casi constantemente de un síntoma de gran valor: el dolor epigástrico. Hemos descrito mas arriba el modo de producirse y las formas de este dolor, no lo repetiremos aquí, contentándonos con señalar su frecuencia y su importancia diagnóstica.

Estos vómitos pueden desaparecer en los últimos días de la enfermedad; algunas veces adquieren un caracter agudo apresurando el desenlace fatal.

*

*

*

Vómito por compresión del pneumogástrico.

En esta clase, la tos y el vómito ofrecen caracteres particulares. La tos, en efecto, es gmin-tosa, penosa y sofocante: sobreviene sobre-todo por acceso que recuerda ciertamen-te los accesos de la tos ferina.

El vómito por el contrario, parece mas facil. Es abundante, tomando a veces al producirse el aspecto de un chorro de frente.

Es tambien mas independiente ^{!!!} que en las de las otras categorías, de la ingestión de los alimentos. Es en fin muy refractaria al tratamiento.

Un caracter muy importante que posee; es la sensacion dolorosa que se puede despertar sobre el trayecto del pneumogástrico en la region del cuello. Hagamos notar por último, que en algunos casos se han señalado alteraciones de la voz producidas verosimilmente

por una compresion del pneumogástrico izquierdo al nivel de la emision del nervio recurrente.

*

* *

Vómito de origen mecánico.

Hemos indicado ya al hablar de la patogenia del vómito de origen mecánico que nosotros no admitiamos un mecanismo específico para explicar su produccion; habiendo razonado en aquel lugar los motivos que nos

inducian á sentar tal negacion.

No hemos de volver á exponerlos ahora, pues de hacerlo incurririamos en repeticiones inútiles.

No habiendo, por consiguiente atribuido la patogenia de los pretendidos vómitos de origen mecánico á un modo de produccion especial sino al mismo que ocasiona los de origen reflejo, la sintomatologia propia de aquellos la trasladamos íntegra á la de estos.

114
Por tanto, todo lo que hemos expues-
to al tratar de los síntomas especiales
de los vómitos de origen reflejo puede
aplicarse, por completo á los de origen
mecánico, ya que estas no son,
según nuestra opinión mas que
aquellas con distinto nombre.

III.

Exposicion de los casos
observados personalmente.

Observacion I.

Vómitos provocados por la tos
mediante acción refleja.

Pedro J. R. natural de Calatayud de 25 años de edad, acudió a la consulta particular de mi Hermano⁽¹⁾, el día 4 de Agosto de 1908.

Este muchacho cuyos antecedentes hereditarios son excelentes, nunca ha estado enfermo.

Dede hace cinco años se dedica a la conducción de carros cargados de yeso,

(1). El Dr. Dr. Victor Morán y Corralé.

hallándose en buen estado de salud hasta mediados de Febrero del año 1908 último. Sufrió a principios de Marzo de dicho año un gran enfriamiento comenzando desde entonces a toser bastante; esta tos fue aumentando progresivamente haciéndose mas frecuentes los accesos, la expectoracion casi nula. al principio, ha aumentado algo, pero continuó siendo escasa en proporcion con la intensidad de la tos.

Ha perdido bastantes fuerzas en el transcurso de este tiempo, pero sobre todo desde principios del mes de Julio hasta la fecha actual.

Cuando se presentó en la consulta se apreciaba claramente en él, una tuberculosis pulmonar limitada al vértice derecho, iniciándose el período de reblandecimiento. Sus funciones digestivas se hallaban en buen estado, pues conservaba el apetito y no tenía diarrea ni vómitos. Lo que más le molestaba era una tos quintosa frecuente con escasa expectoración que repetía por accesos, algunos calofríos al amanecer y ligeras sudores nocturnos.

Establecido el plan general de tratamiento.

to propio de un tuberculoso en su estado no ofreció nada nuevo digno de mención (tan solo disminución del apetito) hasta el día 14 de Agosto de 1908, en cuyo día sin notar por la mañana ni por la tarde nada anormal, despues de haber comido a las 8 de la noche sufre una fuerte quintade tos y vomita inmediatamente todo cuanto habia ingerido.

Desde esta fecha a pesar de haber suspendido toda la medicación que tomaba para el tratamiento de su afección pulmonar,

cambiando la vía de administración bucal por la rectal y no obstante someter al enfermo a un régimen alimenticio severo y oportuno no cesaron los vomitos, si no que se repetían en las mismas condiciones que el primer día. Sobrevinían, poco más o menos media o una hora después de ingerir los alimentos de las últimas horas de la tarde o primeras de la noche, pero siempre a continuación de gemitos de tos. Durante el resto del día las digestiones se hacían regularmente no obstante sufrir

124
quintas de tos frecuentes é intensas. Por
lo demás no presentaba ningun otro sín-
toma morboso de parte del estomago, ni
dolor al nivel del epigastrio ni pesadez
ni nauseas etc.

No se hallaban en el enfermo signos
de afección tragueo bronquial; y co-
mo no era posible atribuir estas vomi-
tas á un estado gástrico, y siempre iban
precedidos de quintas de tos, era lo mas
natural á nuestro juicio considerarlos
como provocados por esta; no bajo su ac-

cion mecánica (pues esta no la admitimos según expresamos ya), sino mediante un acto reflejo que aquella producía.

Con un enérgico tratamiento conducido á moderar la fuerza de la tos, á regular el momento en que el enfermo debía de toser; y la revulsion en la region epigástrica y en la region del vertice pulmonar enfermo, conseguimos á los diez dias de aparecer los vómitos, su cesacion,

Siguio así hasta el 8 de Septiembre, en que se presentaron de nuevo algunos vómitos

durante dos días, achacables sin duda alguna á la imprudencia de haber comido gran cantidad de pepino escabeches, y tomate en ensalada; estos vómitos fueron acompañados de gran diarrea, dolores cólicos, y en síntesis los síntomas propios de una indigestión gastro intestinal. Esta nueva aparición de los vómitos debe considerarse á nuestro juicio como independiente de la causa que originó los primeros, puesto que cualquier individuo aunque tenga el estómago en buen estado, si abusa en el agnel lo hizo, de semejante mex-

124

da alimenticia? ~~está~~ muy expuesto a sufrir tan angustioso y molesto cortejo sintomático: re-
puesto nuevamente, lo enviamos a pasar
unos días al campo.

Día 24 de Octubre.

La tos tan intensa que sufría cuando le
vinos por vez primera ha disminuido bas-
tante, sobre todo desde fines de Agosto, no solo
en intensidad sino también en frecuencia.

Las lesiones pulmonares no han progresado
mucho, si no que continúan lentamente en su
crónica destrucción: el vértice izquierdo no

presenta por ahora nada que indica su invasión por el bacilo de Koch.

El apetito es relativamente bueno, salvo los cuatro ó cinco días siguientes á la indigestión ya dicha. No le han vuelto á aparecer vómitos. Está mas nutrido que cuando lo vimos por primera vez; ha engordado desde entonces hasta la fecha 1800 gramos.

Desde principios de Septiembre ha permanecido en el campo sometido á la aireación continua, al reposo y la acción de luz solar.

Ha tomado durante este tiempo una ali-

mentación apropiada y un régimen medicinal
 mentoso adecuado. ^{del resultado} En vista ~~del~~ que había
 obtenido con la estancia al aire libre, del campo
 le aconsejamos volviere otra vez hasta
 mediados o fines de Noviembre en que vi-
 niesen las frías intensas.

Así lo hizo permaneciendo en el
 pueblo durante casi todo el mes de Noviem-
 bre, pues no regresó hasta las últimas días
 de dicho mes.

Día 25 de Noviembre.

Se hallaba muy mejorado, con buen aspect

to, excelente apetito y bastante bien de fuerzas los sudores han desaparecido y la fiebre, no pasaba de $37^{\circ}4'$. el día que mas

En lesión pulmonar la encontramos estacionada, pues si algo había prosperado no era lo suficiente para hallar una marcada diferencia.

Los vómitos no han vuelto a presentarse desde la indigestión mencionada y la tos aunque persiste no es en forma de quintas tan molestas ni tan fuertes como al principio.

El enfermo ha aprendido a toser, desde nuestra educacion para ello, pues solo lo hace cuando necesita expulsar esputos.

La fiebre, en los dos dias que lo he visitado no ha pasado a las 8 de la noche de $38'3^{\circ}$.

En estas condiciones, me dijo el paciente que como le probaba mejor el campo que la ciudad, habia decidido ir a vivir al pueblo de su mujer (que era donde habia permanecido las temporadas mencionadas) hasta que se hallase bien, por completo. Asi lo hizo: yo le

impliqué me escribiese cada mes su estado y sobre todo si le aparecían vómitos; pero ó sea que no se ha acordado, ó que aquellos no le han vuelto á repetir ó que se ha muerto, no he tenido noticias suyas, á pesar de mis investigaciones y buenos deseos.

Este caso clínico de vómitos en el curso de la tuberculosis pulmonar, por la manera de evolucionar y los síntomas presentados creemos que deban considerarse aquellos como originadas por la tos.

Pero no, según examinamos antes, provo-

cados, por la accion mecánica de esta
 — al producir mediante la contraccion
 de los misculos espiratorios comprimiendo
 estos el estómago, sino en cuanto
 a la accion refleja originada en esta
 viscera al ingerir los alimentos, trasmite
 al bulbo y conducida otra vez por medio
 de los vago hasta las terminaciones pulmona-
 res y gástricas de estos nervios. La energia
 nerviosa de origen reflejo de este modo au-
 cambrada hace reaccionar al pulmon
 mediante la tos y al estómago con el vomito.

« El enfermo tose porque ha comido y vomita porque ha tosido ».

Por lo tanto, en síntesis, esta observación clínica, debe considerarse como un caso de vómitos de origen reflejo.

Observacion II.

Vómitos de origen gástrico.

Pilar G. S. natural de Zaragoza, de 22 años de edad, soltera, acudió a la consulta del Refugio (1.) el día 6 de Octubre de 1908.

Antecedentes hereditarios. Su padre falleció

(1.) Consultorio público para pobres establecido por la Real Hermandad del Refugio de Zaragoza. Yo estoy agregado a la Sección de Medicina General, sífilis y enfermedades de la piel.

repentinamente de una enfermedad al corazón.
La madre murió tísica a la edad de 23
años. La enferma tiene dos hermanas
que se encuentran en buen estado de
salud.

Antecedentes personales.

De los siete a los nueve años tuvo
los ojos malos, y no veía a penas pa-
ra manejarse. A los catorce tuvo la
fiebre tifoidea que le duró dos meses
proximamente, y desde esta época
a la actual ha estado siempre debi-

cada.

127

Algunas temporadas tosia y sentia
esculo frios por las tardes, pero esto no le
impedia continuar trabajando. No
ha tenido la regla mas que una
vez a la edad de veinte años; despues
de esta época no ha vuelto á mens-
truar, pero ha sufrido abundantes
pérdidas blancas.

En Octubre de 1906 estuvo enferma
con dolores musculares de caracter
reumático. Tenia al mismo tiempo

195

violentas palpitaciones de corazón. Le aplicaron un vejigatorio sobre la región precordial, le administraron la digital y unas polvos blancos que no hemos podido averiguar con certeza de que eran, los dolores desaparecieron al mismo tiempo que las palpitaciones. Sin embargo continuó tosiendo bastante durante los meses de Noviembre y Diciembre, y Enero del año 1907: pero desde mediados de Febrero de 1908 la tos disminuyó a , hallándose

126
en general la enferma mas aliviada.
Permaneció así hasta fines del mes de
Marzo del mismo año.

En esta época sufrió una caída, pro-
ducíendose una contusión en el pecho
debajo de la mama izquierda y segun
refiere, á partir de este momento es
cuando empezó á vomitar.

Antes de este accidente no habia
sufrido sino muy contados vómitos
y con intervalos sumamente largos.
Empezó entonces vómitos alimenticios

que sobrevinieron acompañados de tos seca bastante intensa, después de cada comida; aparecieron enseguida de haber practicado la ingestión de los alimentos, lo mismo si eran sólidos que líquidos.

Le prescribió el médico que entran-
ces la asistía vejigatorias en el hne-
co epigástrico, pulverizaciones de
eter, counterirritaciones en el vértice pulmo-
nar derecho y al interior medica-
mentos que me ha sido imposible
saber su naturaleza, estos datos

me los ha suministrado la misma enfermedad.

Esta le dió un resultado permanente. Estas vómitos desaparecieron durante algunos días, para reaparecer de nuevo tan frecuentes y tenaces como antes. Aprovechando uno de estos intervalos, acude a mi consulta el día 6 de Octubre de 1908 según ya indiqué.

Exámen de la enfermedad. Actualmente presenta un estado general de bastante decaimiento y según refiere, se ha adelgazado mucho desde hace poco tiempo.

No tiene casi fiebre, por la tarde: sin-
embargo todas las noches le sobrevienen
sudores abundantes, sobre todo en las par-
tes superiores del tronco. Come poco y
casi no expectora. El apetito ha desapa-
recido casi completamente. La lengua
está limpia. Algunos días tiene un
poco de diarrea seguida de estreñimien-
to. Las heces fecales, de color ordina-
riamente amarillento, las echa algunas
veces muy negras.

El epigastrio es doloroso espontáneamente;

pero este dolor ligero, se exaspera por ^{la} la presión, y por la ingestión de los alimentos. Los vómitos persisten siempre: en seguida que la enferma come o bebe, vomita, pero con la particularidad de que ahora tiene náuseas y hace esfuerzos que le fatigan mucho antes de vomitar.

Los vómitos solo están constituidos por los alimentos o las bebidas, no presentando ninguna mezcla de sangre, no conteniendo bilis.

El examen del pecho acusa los resultados ¹⁴¹ siguientes: *maxilar* en el vértice derecho; *pequeña caverna* en el vértice izquierdo y signos de *bronquitis generalizada*: le practicamos la *terro revulsions* en los dos vértices y le prescribimos *dicta lactea alcalina* y una solución de *bromuro potásico* y *agua cloroformada*, de la que tomaba una cucharada (equivalente a un gramo de bromuro) al principio de cada comida y enemas creosotados.

Día 14 de Octubre. Desde hace cuatro días la

142

enferma no ha vomitado, pero esta mañana ha devuelto un poco de leche, que acababa de tomar. Al medio día ha hecho una deposición abundante muy negra acompañada de fuertes dolores de vientre: la familia se ha alarmado y me la han guardado para que la viese. Por su aspecto creo se trataba de una melena. Le prescribí como hemostático la adrenalina. Temperatura a las 9 de la noche $37^{\circ}14'$.

Día 16 de Octubre. No ha vuelto a vomitar desde anteayer: continuando con la dieta

láctea, los alcalinos, el bromuro, el agua cloroformada y el opio al interior.

Día 22 de Octubre. Ayer por la mañana vomitó el desayuno y por la noche la cena. Hoy por la mañana, no obstante no haber tomado mas que medio vaso de leche a las 2 de la madrugada ha vomitado con grandes dolores epigástricos unos 400 gramos de un líquido amarillento, de sabor muy amargo. Le suprimimos el bromuro y el agua cloroformada, prescribiéndole cinco gotas antes de cada comida de

la siguiente formula:

Alcohol rectificado	_____	10 gr.
Mentol	_____	5 gr.

La temperatura máxima de este día ha sido $37^{\circ}4$ grados.

Día 26 de Octubre. Hace dos días que han cesado los vómitos: continúa con igual medicación.

El dolor epigástrico no cesa de torturarlo sobre todo al poco rato de la ingestión de alimentos.

Como no ha vomitado hace 48 horas, y se encuentra un poco animada, se

me ha despedido hoy, para marcharse
con sus tíos que tiene en un pueblo
del alto Aragón.

Yo en vista de su insistencia, le he
dicho lo expuesto que era dado el grado
tan intenso de debilidad en que se halla-
ba, ponerle en viaje, pero a' pesar de todo,
no me ha valido de nada: ha dicho que
lo tenía remuelto y nada mas. Como
bueno aragonés me ha sido imposible
hacerla volver atrás.

Del reconocimiento que he practicado

hoy de sus lesiones pulmonares, deduciendo que estas han progresado algo; la caverna existente en el vértice izquierdo nos ha parecido tener igual volumen que en nuestro primer reconocimiento, pero en cambio en el vértice derecho comienzan a percibirse claramente los síntomas del periodo de reblanqueamiento.

La temperatura a las 8½ de la noche de este día es de 37'5 grados; y el pulso de 98 pulsaciones.

Le aconsejamos seguir con las mismas

alimental y medicamentos.

Le he rogado me escriba como se encuentra, cuando menos de mes en mes y sobre todo si persisten o se alivian los vómitos. Si es que le hace lo consignaré aunque sea post-scriptum, en este trabajo para que resulte la observación lo mas completa posible.

Este caso clinico de vómitos en el curso de la tuberculosis pulmonar debe comprenderse segun mi opinion en el grupo de vómitos causados por

148
lesion gástrica: pues el dolor epigástrico tan pertinaz é intenso despues de la ingestion de los alimentos, y los vómitos acaecidos entonses, hacen pensar que algo habia de anormal en la mucosa de aquel estómago y este algo que se nos ofrece á la observacion con el cortejo sintomático ya descrito no puede ser otra cosa que una ulceracion.

¿ De que naturaleza es esta ?
¿ Era tuberculosa ? ¿ Pertenece por el

contrario á las del tipo Cruveilhier ó á las del Dieulafoy?

No creo fuese una exulceracio simple de este autor, pues entre otras cosas no presenta las grandes hematemesis características de este padecimiento.

Respecto á si era ó no de naturaleza tuberculosa, en buena clinica no puede afirmarse ni negarse de un modo categórico y rotundo aquella ó esta suposición. A nosotros bastaba saber que existia ulceracion

150
gástrica y que esta provocaba los
vómitos - que hemad espresato, sufría
la enfermedad.

Observacion III.

151

Vómitos de origen gástrico.

Felipa M. natural de Zaragoza de 28 años de edad, soltera. (1)

Fue llamado mi hermano el Dr. Víctor Marín y localé para asistir a esta enfermedad el día 1º Noviembre de 1908.

Antecedentes familiares. La madre murió tuberculosa a los 36 años. El padre es muy alcohólico.

Ha tenido un hermano que murió de meningitis tuberculosa (?) a los 7 años, y dos

(1.) Esta enfermedad fue observada por mí en unión de mi hermano.

amb^{do} - hermanas casadas en buen estado.

152

Antecedentes personales. La enferma no refiere, que siempre ha sido raquitica; que no anduvo hasta la edad de 3 años; presenta huellas de raquitismo en los miembros inferiores. Tuvo el sarampión a los 7 años y la escarlatina a los 9 años.

A la edad de 16 años, padeció una pleuresía derecha que le duró tres meses, sin necesidad de punción. Desde esa época ha tosido bastante a la entrada de los inviernos.

Historia de la enfermedad actual. Hace seis

meses noto' que tenia sudores nocturnos abundantes y que se adelgazaba sensiblemente.

Segun refiere, desde esa época hasta el dia ha perdido mas diez kilos. Al mismo tiempo se resentia de una verdadera anorexia, de forma que este adelgazamiento, tal vez excesivo, podria ser atribuido en parte a la disminucion de la alimentacion.

Solo desde hace tres meses presenta trastornos gástricos. Estos consisten en pesadez despues de las comidas y sensaciones de molestia notadas sobre todo a nivel

del hueso epigástrico.

Las vomitas aparecieron unos quince días después del comienzo de aquellas molestias. Se presentaban al principio por la mañana en ayunas y después, a continuación de la comida del mediodía. Sentía la enfermedad inmediatamente después de la ingestión de los alimentos, un dolor bastante violento en el epigastrio. Comparaba este dolor a un clavo que le hubieran pasado a través del estomago. Esta sensación iba acompañada de un dolor particular en

la espalda situando entre la punta de los omoplatos. Duraba de media a una hora y en general no se calmaba sino con la devolución de los alimentos. Estos se presentaban mas o menos digeridos segun el tiempo transcurrido entre su ingestión y la expulsión.

No ha observado nunca en los vómitos alimentos tomados con anterioridad a la resaca. Dice haber notado dos o tres veces hilos de sangre, mas o menos negra en los vómitos. En fin y este es un hecho mas importante, declara que uno de estos no

156.

Exámen del torax.

Para abreviar diremos que se percibian lesiones pulmonares de tuberculosis ulcerosa crónica como muy avanzadas.

En el vértice del pulmón izquierdo se obser-
vaba macidez a la percusión tanto por detrás
como por delante; el signo de ~~W~~ Nutrich
(cambio plexiométrico) y el interrumpido

del mismo autor cuando se colocaba a la enferma en decubito lateral derecho.

A la auscultacion se percibian soplo aurifico y estertores. Humedades muy numerosas con cierto retintin metalico, revelando por consiguiente, todas estas, signos la presencia de una caverna a este nivel.

Existian tambien signos de infiltracion tuberculosa con principio de reblanqueamiento en las dos tercias superiores del pulmon izquierdo.

Por la porcion anterior del torax se nota-

151
buen, con mas claridad, los sistemas caverno-
sos y de infiltracion mencionados

En el pulmon derecho se apreciaba en
su mitad superior signos de reblandecimiento
tuberculoso.

La expectoracion era abundante, com-
puesta de grandes esputos muculares, al-
gunos de ellos sanguinolentos

La temperatura axilar a las 8 1/2 de
la noche, era 38'6°.

La enferma estaba palida, inmanente
anémica y sin fuerzas para abundar

el lecho.

El resto de su organismo no presentaba nada especial a parte de la intensa deminercion ya dicha.

Desde nuestra primera visita la sometimos a la accion de los alcalinos, opiacos, medicacion mentolada, hemostaticos y regimen lacteo; consiguiendo a los cinco dias de este tratamiento que las vomitos fuesen cada vez distanciandose mas, hasta llegar a desaparecer en el 11.º dia. Tambien le practicamos revulsion

mediante termo-contrario, en los dos vertice^s
pulmonares.

Dia 12 de Noviembre, de 1908.

Desde ayer no ha vomitado. El dolor epigástrico
sin embargo no ha disminuido apenas de su
intensidad. Hay en el foco de dolor un punto
situado en la parte media del epigastrio a
nivel de la porción superior de la línea xifo-
umbilical estomacalmente doloroso al tacto
mas superficial. El apetito continúa dis-
minuido. Los sudores no han cedido sino
paramente con dosis de atropina que

oscilans de un cuarto de miligramo a un miligramo y medio?

La temperatura ha fluctuado durante estos 12 dias, entre $37^{\circ}9'$ y $38^{\circ}8'$.

Hoy ha tenido 38° a las $8\frac{1}{2}$ de la noche.

Desde hace 6 dias hago que le administren un enema diario de creosota segun la formula que empleo ordinariamente (1.):
Tambien le he prescrito hace cinco dias la creos-

(1.) Formula de Resillet.

Agua	200. gr.
Creosota pura de brea de haya.	3. gr.
Acete de almendras dulces	25. gr.
Goma de bencé	n.º 1

gemina.

Las lesiones pulmonares continúan progresando: practica nueva revulsión cauterizante en los dos vértices pulmonares.

Día 20 de Noviembre de 1908.

La enferma ha tenido un vómito al iniciar al poco rato de terminar la comida de la tarde. Es el primero que presenta después de los que sufrió en los primeros días que la asistí. Continúa quejándose vivamente de sus dolores epigástricos. Temperatura de la tarde $38^{\circ}9'$, pulsaciones 110 al

minuto.

Día 24 Noviembre de 1908

El dolor epigástrico persiste con los mismos caracteres a pesar de la cocaína y la morfina que le he administrado.

La temperatura por la tarde es de $38^{\circ}7$.

Pulsaciones 125 al minuto: el pulso es pequeño y débil y el corazón late con muy poca energía.

Hago la purga una inyección de suero artificial y otra de Cafeína.

El estado general de la enferma es de un

abatimiento y prostracion grandes.

Hace solo 24 horas que no ha vomitado.

Dia 27 de Noviembre, de 1908.

Vomita al medio dia la leche que ha tomado durante la mañana. El vómito, que lo he vomitado, no presentaba vestigios de sangre; tiene ahora (12 del dia) $38'3$ grados de temperatura y 140 pulsaciones con arritmias frecuentes. Luego repetí la inyeccion de suero y la de cafeína.

La enferma sucumbe a las 11 de aquella misma tarde.

El caso cuya descripción ocupa esta historia clínica debe referirse según nuestro modo de ver al de vómitos producidos por una lesión estomacal. Es evidente, que como no se ha hecho la autopsia, por tratarse de una enferma de la clientela particular no ha podido comprobarse de visu la lesión gástrica. Pero yo creo que con el cuadro sintomático que presentaba y que de un modo rápido he descrito está en buena clínica, admitido diagnosticar una ulceración gástrica, la cual era causada

de la produccion de los vomitos.

¿ Era esta ulceracion tuberculosa ?

¿ Pertenecia por el contrario a las del tipo Cruveilhier o al tipo Dieulafoy ?

Esta si que es una cuestion cuya aclaracion solo podia hacerla la autopsia y el analisis micrografico de un fragmento de la ulceracion.

Para nosotros bastaba saber como deciamos en la Observacion II. que habia ulcera y que esta provocaba los vomitos que con tanta rapidez produjeron la destruccion y la muerte de la desgraciada enferma.

Observacion IV.

Vómitos producidos por la compresion del pneu-
mogástrico.

Antonina H. de 20 años de edad, catad.
natural de Zaragoza; se presentó en mes.
consulta pública de Medicina General de t.
Hermanidad del Refugio de Zaragoza a
dia 1.º de Enero de 1909.

Antecedentes de familia.

Su padre, falleció hace 10 años « de un
catarro mal curado que le duró 6 meses »

(1.) (según frase de la enferma): nosotras debíamos interpretar este catarro por una tuberculosis pulmonar, pues añadió la muchacha, que su padre, tenía muchas y que arrojaba gran cantidad de esputos y algunas veces sangre, habiéndose demacrado extraordinariamente durante « su catarro » y presentando en las dos últimas semanas de su vida una

(1.) Como hay frases tan gráficas, y que expresan con muy pocas palabras el verdadero concepto de lo que el enfermo quiere decir, las espondremos integras entre comillas.

169
diarrea que « lo acabó ».

La madre, no ofrecía nada digno de mencionarse, anamnesico-patológicamente hablando. Ha tenido cuatro hijos, dos varones y dos hembras, de los cuales solo viven estos dos, que en el orden cronológico de nacimiento ocupan el 2º y 4º lugar. Lo que nos motiva esta observación es la 4ª.

Los dos muchachos murieron, el uno recién nacido y el otro de sarau primo a los 12 meses.

Antecedentes individuales.

Durante su vida pregenital, esto es desde el nacimiento hasta los 16 años que comenzó a reglar, ha padecido, a los dos años el sarampión y poco tiempo después (unos 6 meses) la escarlatina.

A los 6 años tuvo la viruela, de la que le quedaron indelebles huellas en la cara y cuerpo; triste omniño injusto castigo patológico, pues no era culpable la muchacha de que la ignorante de su madre, no cumpliera el precepto Jenneriano, oponiéndose a que la

vacunasen por el absurdo motivo de «¹⁷¹ no que-
rer poner mal donde no lo había»!

Desde aquella época hasta los 16 años no
recuerda más que sufrió constipados con
frecuencia, pues era tal su predisposición
que se constipaba «con el aire, que pro-
ducía el vuelo de una mosca».

En estas condiciones comenzó a reglar,
haciéndolo con irregularidad y siendo
siempre escasa la cantidad de flujo
menstrual y con muy poco color.

Se casó a los 20 años, no presentando

en el intervalo existente entre los 16¹²² y los
20 años ninguno nuevo proceso morboso
solia acaecerse constantemente, tanto
que « empalmaba los constipados »: en
dos de ellos se puso bastante mala, pues tuvo
que guardar cama en el primero 13 días
y en el segundo 20, tosiendo mucho, arro-
jando esputos amarillentos-verdosos y al-
gunos con hilos o manchas de sangre y
perdiendo mucho en carnes.

Permaneció una temporada en
un pueblo de la montaña del Alto Aragon

y se repuso hasta el segundo catarro fuerte, que todavía la dejó mas débil y demacrada que el anterior, pero una nueva estancia en el campo la volvió a mejorar.

En estas condiciones contrajo segun he dicho, matrimonio con un muchacho de oficio labrador, fuerte, robusto, y sin tacha alguna patológica.

A los 2 meses de casada comenzó a notar signos de embarazo.

Este transcurrió bastante bien durante los 6 primeros meses: pero en el

174
Transcurso del 7.^o mes, se le presentó mu-
tos violenta y quintada que se repetía
en forma de fuertes accesos casi todos
los días.

Notó también a partir del 14.^o mes de
embarazo escalofríos y mal estar por la
tarde « en cuanto que se ponía el sol »,
seguidas durante la noche de calor y
abundantes sudores, que iban dismi-
nuyendo poco á poco hasta « que amanecía »
en que se encontraba otra vez fresca y
sin aquel malestar.

194
El apetito bastante bueno que tenía antes
del embarazo y durante los tres primeros
meses, lo perdió casi por completo a los pocos
días que se le presentaron los recargos ve-
portinos.

En tal estado continuó durante el 7.^o
mes y casi todo el 8.^o y dijo casi, porque
según sus cálculos parió en los últimos
días de dicho mes.

Dió a luz el día 15 de Diciembre de 1908 una
niña bien, conformada muy delgada y segun-
mita fué entregada para su lactancia a

una nodriza. El parto por lo que ¹⁷⁵próximamente
averiguar fue bueno; y durante el puer-
perio no hubo nada patológico genital.

Durante los 5 días siguientes al del
parto cesaron los vómitos y disminu-
yeron los accesos y la intensidad de la
tos: pero desde el sexto día aquellos vol-
vieron a presentarse y esta a hacerse
mas frecuente y mas molesta cada
vez, aumentando la expectoración, y
originando disnea, intensa después
de los accesos.

En esta situación cada día mas angustiosa permaneció hasta el 12 de dicho mes de Enero en que mandó a consultarme

Estado actual (1.)

Exámen de la enferma.

Aspecto general.

¡ Cuanta tristera y honda impresión el contemplar como aquella mujer, aquel organismo que hallándose ya tan caquéctico y depauperado y en vías de desmoronamiento y destrucción

(1.) La palabra actual, entienda-se que se refiere al día 12 Enero 1909.

149
cion, al cumplir un fin tan sacrosanto como
el de la maternidad y dar el soplo vital á un
nuevo ser, á su hijo no protegiendo para
sí mas que una ligera brisa de vida iba
á terminar de enquistarse regalando
al fruto de sus entrañas como obsequio
de su venida al mundo la única poten-
cia orgánica aunque exigua que le que-
daba!

¡ Su rostro macilento, la mirada triste,
las labias temblorosas, la respiracion acce-
rada y penosa y la opresion intensa y

198
viva denotaban el angustioso estado en que
se hallaba!

Quejábanse constantemente, sobretudo
de la gran opresión que la agobiaba, y de
dolores torácicos insoportables en distintos
puntos del trayecto seguido por los ner-
vios intercostales.

Las grintas de tos muy perrosas se
repetían con frecuencia yendo acompa-
ñadas de gran disnea y seguidas de la
expulsión de esputos purulentos de
forma numular amarillento.

Exámen del pecho.

A la inspección se notaba una demacración intensa, con grave prominencia de las costillas producida por el hundimiento de los espacios intercostales. El torax tenía una conformación deprimida hacia los vértices pulmonares y muy manifiestas las fosas supraclaviculares.

Mediante la palpación se percibían las vibraciones de la voz aumentadas en intensidad.

Con la percusión notábase submatidez en los vértices y parte media del torax.

Percebimos tambien el signo de Wintnick (cambio ¹⁸⁰ pleximétrico) y el interrumpido del mismo autor cuando la enferma se ponía en decubito supino. Auscultando se percibía respiración cavernosa y con ruidos de gorgoteo y crujeidos húmedos en los dos vértices pulmonares; y esteriores subcrepitantes mas finos en mas puntos que en otros en el resto de los dos pulmones.

Aguñaba dolores en las partes laterales del cuello, y una vez procedido al examen del sitio del dolor, notamos claramente el tacto de cadenas ganglionares derecha e izquierda.

187
quiere da extendidas por fuera y por dentro del
esternon - cleido - mastoideo: las internas estaba
rodeando y como englobando el paquete va
culo nervioso del cuello formado como todos
serven por la arteria carotida primitiva
la vena yugular interna y el nervio pri
mogástrico. Comprimiendo los ganglios profundos
hipertrofiados se provocaban accesos de tos
acompañados algunos de vómitos: para
comprobar si la adenopatía se propagaba
al mediastino hemos percutido en la región
interescapular y a nivel de la primera pieza

del estenon, y nos parece, haber oído un sonido ¹⁸²
mas grave, mas macizo que en las partes laterales.
Auscultando no hemos podido distinguir si
la ruidosa inspiratoria podia achacarse a
tuberculoso, a la adenopatía traqueo bron-
quial o a ambas procesos.

Para mayor seguridad hemos obser-
vado y percibido el signo de Eustace Smith
publicado por P. Audri (tesis de Paris de 19 Julio
de 1900) y Brudzinski (Bulletin Medicale 28 Julio de
1900). Por consiguiente podemos afirmar exis-
tencia adenopatía traqueo-bronquial.

No presentaba en el resto de su organismo mas que los síntomas ya indicados que comenczo a notar desde el 4.º mes de embarazo, pero ahora mas desarrollados: no lo volvemos a decir para no incurrir en repeticiones inútiles.

Como nos suplicaba que sobre todo le quitásemos la viva opresion que sufría, le ordenamos fuese a su casa y se acostase que le pusiesen una inyeccion de 8 miligramos de morfina en un centimetro cubico de agua, y le aplicasen en seguida ventosa

secas en toda la superficie torácica. y a conti¹⁸⁴
nuacion la hicieron, una embrocacion con
tintura de iodo.

Volvimos por la noche, (pues lo anterior
mente narrado acaecia á las 12 del dia) y la
encontramos con menos opresion, podien
do respirar con mayor facilidad. La tempera
tura era 39°. a las 8 de la noche. Las gunitas
de tos repetian acompa^{ntose} algunas de vo
mitos.

Le prescribimos una alimentacion á base
de dieta láctea no exclusiva, sino acompañada

de huevos, polvo de carne, y somatosa. ¹⁸⁵ Con el
fin de calmar los vómitos le hicimos tomar un
cucharadita de las de café despues del desayuno,
otra tras la comida, otra a continuacion de la
merienda y otra por último a seguida de la
cena, de la siguiente formula:

Clorhidrato de morfina ————— 5 centigramos

Clorhidrato de cocaína, ————— 7 centigramos

Agua destilada ————— 150 gramos

Tambien, le prescribimos dos sellos diarios de
Eriogenina de 25 centigramos cada uno, para que
los tomase uno por la mañana y otro por la tarde

Día 4 Enero. Las ginitas de tos continúan en el mismo estado. Los vómitos han disminuido, pero hoy no ha tenido mas que dos: uno al poco rato del alimento que toma á las 11 de la mañana y otro á continuación de la merienda. Le practico revulsión con termo-cantaria en los dos vertices pulmonares y luego le administren á las 8 de la noche, un enema, creosotado segun

formula siguiente de Revillet (1.)

Aguas	_____	200 gramos
Creosota pura de brea de haya.	—	3 gramos
Aceite de almendras dulces.	—	25 gramos
Gema de huevo	_____	n.º 1

(1) *Semaine Medicale*, 1891.

(18)
Temperatura por la mañana $37'2^{\circ}$, por la noche $38'9^{\circ}$.

Día 7^o de Enero. Hoy he vuelto a comprobar al reconocerla las proliadenitis cervicales, que cuando se comprime, con el dedo por detrás del esterno cleido mastoideo, en las profundas además de ser muy dolorosas han provocado por dos veces gemitos de tos acompañada una de ellas de vomito. Se nota particularmente un punto sumamente mas doloroso que el resto a nivel y ligeramente por encima de la extremidad interna de la clavícula, inmediatamente detrás del hax cla-

4 18
ricular del esterno - cleido - mastoideo.

El corazón late a 130 pulsaciones por minuto y he creído notar algo de arritmia.

Continúa con los enemas de creosota ya indicados.

La tos parece haberse hecho menos molesta pues expectora con mas facilidad.

Los vomitos tan aparatosos de los días anteriores se han trocado en tres ó cuatro regurgitaciones diarias que hace la enferma, con mucha tranquilidad y sin

Día 9 de Enero.

189

El mismo estado que en la observación anterior.

Opresión mas intensa, grintas de tos violentas, pero sin haberse producido vomito ni regurgitacion hacia 24 horas.

El pulso continua acelerado y algo irregular; el corazón late con muy poca fuerza. Le practicamos una inyección hipodérmica de cafeína.

Temperatura á las 9 de la noche, $39^{\circ}5'$.

Día 10 de Enero.

Vómitos sin esfuerzo por la mañana. Pulso ma

regular; 125 pulsaciones por minuto. La enferma se queja de la boca. El examen de esta revela la presencia de muguet. El estado de la paciente es muy grave.

Día 11 de Enero.

Respiración muy acelerada y opresión muy viva: nueva aplicación de ventosas secas. No ha tomado en todo el día más alimentación que yemas batidas en leche fría, y no ha sufrido ningún vómito.

Pulsaciones 130 al minuto. Temperatura a las 8 y media de la noche $39^{\circ}2'$.

El corazón continúa deprimido, pero sin ¹⁹¹irregularidades.

A la hora y media de hacer nuestra última visita de las 10 de la noche, fallece la enferma.

Teniendo en cuenta la persistencia de los vómitos, la época de su aparición, el modo de producirse, la presencia de la adenitis cervical alrededor del plexo gástrico y la sensación dolorosa existente a lo largo del trayecto de este nervio, creemos poder afirmar que esta observación

1
clínica es un caso bastante raro de vómitos
producidos por la compresión del plexus
gástrico consecutiva a las adenitis cervico-
torácicas ocasionadas por la tuberculosis
pulmonar.

El complemento de esta historia clínica
hubiera sido la comprobación del diag-
nóstico por la autopsia, pero esta no pudo
hacerse.

1.

199

Observacion V.

Vómitos producidos por la compresión del pneumogástrico.

Mamuel L. natural de Caspe de 18 años de edad, soltero, acude en unión de su madre á la consulta particular de mi Hermano el día 2 Octubre de 1902.

Antecedentes de familia.

Son muy significativos en efecto, el padre, murió á los **53** años (hace, ocho meses) de tuberculosis pulmonar; y la madre,

datos - 80

la hemos reconocido, diagnosticando de argitis tuberculosa una neoplasia pertinaz que padece, y la que achaca á haber estado cuidando á su marido durante la « tisis que se lo llevó al otro mundo ».

Tiene el enfermo dos hermanas, ambas casadas. La primera ha tenido tres hijos de los cuales dos han muerto de meningitis tuberculosa (?) * y la segunda un aborto, un niño que se le murió « de alferencia ».

* Hicimos este diagnóstico á posteriori, fundado en la descripción de la enfermedad hecha por la madre.

mes y medio de nacer

Antecedentes personales.

A la edad de 8 años padeció una laringitis diftérica. Desde entonces tose y se acortura con mucha frecuencia pero sobre todo al principio de los inviernos. Ha sufrido dos hemoptisis: una hace 8 meses y otra hace diez días. Efecto de esta última es cuando se decidió a venir a consultarnos. Se queja también desde hace unos meses de sudores por el cuello, pecho y espalda durante la noche de escasa

196
frios por las tardes. Cansada que arroja con
la tos muchas fleumas, algunas heñidas
con hilos de sangre.

Desde que tuvo la primera hemoptisis
se le presentaron vómitos. Estos al prin-
cipio eran alimenticios y le sobrevinieron
acompañados de fuertes grinitas de tos.
Algun tiempo después (unos dos meses
y medio) se modificaron en su aspecto
y composición pues se hallaban cons-
tituidos casi exclusivamente por un líquido
de filamento amarillento me

192
expresión del enfermo « le acercaba los
dientes al pasarle por la boca ».

Respecto al momento de producirse
no pudo fijarme reglas precisas. Unas veces
parecía estar bajo la dependencia de los
alimentos ingeridos: otras sobrevinían
y hasta 6 horas después de la comida.
Se presentan por series irregulares: pues
mientras que alguna temporada aparecían
durante varios días seguidos, en otras
existían en semanas enteras.

Más á pesar de tanta irr. lavidad

habia, un hecho de gran importancia y
el enfermo recuperaba perfectamente y
era que coincidia la aparicion de las
vómitas siempre en la de accesos de
fuertes quintas de tos.

Hace unos 6 meses que se queja de
dolor profundo en la espalda y en los
lados del cuello (mas en el izquierdo) cuando
tose.

A mediados de Mayo de 1907, tocán-
dose el cuello en el sitio del dolor, percibio
en el lado izquierdo unas p. neñas bultito

los cuales le han ido creciendo poco á poco.

Exámen del enfermo.

En aspecto general es de demacracion intensa y acentuada palidez. Examinando el torax se aprecia una vasta cavoma situada en el vértice del pulmón izquierdo. En el lado derecho tiene infiltracion tuberculosa con reblandecimiento de toda la parte superior del pulmón.

La expectoracion es abundante, mucular y purulenta.

Presenta una voluminosa adenopatia

cervical en el lado izquierdo y a su ²⁰
alrededor numerosas adenitis esca-
nadas a lo largo del musculo esterno-
cleido-mastoideo, principalmente por
su curvatura profunda: algunos de los gan-
glios están comenzando a reblandecerse.
La mas ligera compresion en esta region
despierta dolor y si aquella se hace
un poco intensa provoca fuertes gemitos
de tos. Hemos hallado en este caso tam-
bién el signo de Eustace Smith: unido
este a la macidez claramente perceptible

20
a nivel de la primera piqueta del esterno
y de la region interescapular hacen que
podamos afirmar la existencia de ade-
nopatias bronquiales.

Anteayer tuvo dos vómitos, uno
por la mañana, despues del desayuno
y otro tres horas despues de la cena
ayer nada mas que uno dos horas
y media despues de la comida del
mediodia.

Hoy no ha sufrido ninguno.
Le practicaremos revulsion con,

24
puntos de fuego en los dos vértices
monarres y le sometemos á un regi-
men alimenticio y medicamentoso
adequando á su estado.

Como medicina especial con-
tra los vómitos le prescribimos el
ácido ferrico unido á las gotas ne-
gras inglesas en la siguiente fórmula
tan preconizada y ensalzada por
Pecholier.

Acido ferrico puro deliquescente — 2 gramos
Gotas negras inglesas — 6

Le hacíamos tomar cinco gotas - antes de cada comida diluidas en un poco de agua azucarada. Temperatura a las 4 y media de la tarde 37°9 grados. Pulsaciones 100 al minuto.

Día 1º de Noviembre de 1907.

Los días 3, 6, 7 y 9 de Octubre tuvo un solo vómito en cada uno y en distintas horas; no volviéndole a repetir hasta el 12 y 13 en que se le presentaron dos en cada uno de estos días; el 16 sufrió otros dos; y el 18, 20, 26, 28 y 29 también dos en cada

uno de ellos.

Los días 30 y 31 de Octubre y hoy, los ha parado sin vómitos.

En vista de que todavía persisten estos, pero como mas o menos con igual frecuencia que antes, le he prescrito en lugar del ácido fénico y las gotas inglesas, agua bromoformada asociada al jarabe de codeína en la siguiente fórmula de Mathieu:

Agua bromoformada	—	100 gramos
Jarabe de codeína	—	30 "

20.
En las lesiones pulmonares se aprecia
su avance, progresivo: el reblanqueamiento
ya perceptible el día 2 de Octubre en la in-
fracción tuberculosa de la parte superior
del pulmón derecho se ha extendido hacia
la base, produciendo bastante disnea y
opresión.

El aspecto general del enfermo es ma-
yor se encuentra mas demacrado y
sumamente abatido.

Las adenitis cervicales han au-
mentado de volumen; el

dato^{do}

gonglio que le notamos en nuestra primera visita se ha reblandecido mas y nos parece percibir en él ligera fluctuacion.

La temperatura de la tarde ha oscilado durante estos dias entre 37'8 y 38'9 grados.

Dia 5 de Noviembre.

No ha vomitado mas que dos veces, una el dia 3 y otra ayer dos horas despues de cenar.

Desde hace dos dias se ha presentado

209
bastante diarrea, que contribuye notablemente al aumento de la demacración tan grande, que tenía.

Temperatura de hoy a las 9 de la noche $38^{\circ}9'$.

Día 6. A las cuatro de la mañana le sobreviene, a continuación de dos fuertes gripas de tos una molesta hemoptisis, lo pone en gravísimo estado.

Durante el resto del día continúa arrojando con fuertes accesos de tos espumas sanguinolentas. No se han presentado vomitos.

La temperatura a las 4 y $\frac{1}{2}$ de la ma²⁰⁸
ñana es de 38'8°: a las 8 de la noche, 39'9°.

El pulso es filiforme, y el corazón late
con muy poca energía, y con gran raps
dez, 140 veces por minuto.

Cuantas medidas empleamos para
reanimar al enfermo fracasamos, falle-
ciendo el desdichado tuberculoso el día
siguiente.

Terminando en frente el cuadro
clínico presentado por este pobre mu-
chacho, creo se trataba de un enfermo de

284
tuberculosis pulmonar con vómitos
breves en el curso de su padecimien-
to, originados por la compresión ^{✓ ejercida} sobre los
pneumogástricos principalmente el
izquierdo, por los numerosos ganglios
infartados, existentes como englobados
ó agnello, en las regiones cervicales
laterales.

Epilogo.

Exponiendo en el transcurso de este trabajo todo lo concerniente a la patogenia y etiopatologia del vomito en los tuberculosos pulmonares, y las observaciones personales que sobre esta materia he realizando, no me resta, para terminar mi labor, mas, que servir las conclusiones ^{de} que todo lo hasta aqui tratado, deduzco.

IV.

Conclusiones.

Primera.

El estudio de los vómitos sobrevenidos en el curso de la tuberculosis pulmonar, tiene una importancia muy considerable bajo todos los puntos de vista que se la considere, ya que este erojoso síntoma es capaz por sí solo de dificultar y hasta de impedir el tratamiento oportuno de aquella enfermedad y p.

ende la curacion o' el alivio del desdichado tuberculo²¹²
so que la padezca.

Segunda.

El diagnóstico precóx de la verdadera causa que
origina, el vómito, tiene gran trascendencia para
marcha futura de la tuberculosis pulmonar?

Tercera.

Las causas que provocan la aparicion de los vó-
mitos, rara vez son únicas; sin embargo, teni-
do en cuenta que clínicamente se presentan estos
mas directamente relacionados con una de
aquellas, es preciso clasificarlos con respecto a

las mencionadas causas, y así lo hago en los tres ²¹³ grupos siguientes:

- I. Vómitos de origen reflejo.
- II. Vómitos de origen gástrico.
- III. Vómitos debidos á la compresion del pneumo-gástrico.

Los vómitos descritos por algunos autores, como de origen mecánico, creo ya deben considerarse como comprendidos dentro del grupo de los de origen reflejo.

Cuarta.

Hay muchos casos, en los que, el diagnóstico clínico es exacto de la verdadera causa que provoca el vómito, está rodeado de grandes dificultades.

214
no existen no obstante ciertas síndromas, o' mejor
dicho síndromes, que analizados minuciosamente
conducen al médico á hacer un buen diagnóstico
patogénico.

Quinta.

Los vómitos que van precedidos de tos, y que aparecen inmediatamente después de haber ingerido alimentos, son de origen reflejo.

Séxta.

Los vómitos que se presentan en unión de dolores persistentes en el hipocondrio epigástrico, que sobrevienen bajo la influencia de la digestión, y que van acompa-

ñados de hemorragias (hematemesis ó melenas) ²¹⁵ son de
origen gástrico.

Séptima.

Los vómitos que aparecen con quintas de tos, mas o' menos intensas
y dolor ya espontáneo ya á la presión en el trayecto de los pneum
gástricos, son originados por la excitación consecutiva á la com
presión de los mencionados nervios.

Admisible Madrid y Mayo de 1909.

Admisible
en Margu
Angel Marin Corrale



Día 24 de Junio de 1909.

Verifico el ejercicio del Grado de doctor
fue calificado de Sobresaliente

El día
R. López Peña

Manuel de los Angeles
U. de
Godoy